

Khảo sát kiến thức về bệnh tăng huyết áp của bệnh nhân tăng huyết áp và các yếu tố liên quan tại một số trạm y tế tỉnh Thừa Thiên Huế

Hồ Anh Hiến¹, Nguyễn Minh Tâm¹, Trần Kiêm Hào², Trần Bình Thắng³, Võ Nữ Hồng Đức³,
Hoàng Thị Bạch Yến³, Lê Phước Hoàng⁴, Nguyễn Vũ Phòng⁵, Huỳnh Văn Minh⁴, Hoàng Anh Tiến^{4*}

(1) Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế

(3) Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(4) Bộ môn Nội, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(5) Trung tâm tim mạch, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Kiến thức về bệnh tăng huyết áp có mối liên quan đến việc điều trị, quản lý bệnh. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kiến thức của bệnh nhân tăng huyết áp tại một số Trạm Y tế ở tỉnh Thừa Thiên Huế và xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức tăng huyết áp của bệnh nhân. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang. Kiến thức về bệnh tăng huyết áp được đánh giá bằng thang điểm Hypertension Knowledge – Level Scale (HK-LS) của tác giả SB Erkoc. Thông tin về nhân khẩu học, lối sống, đặc điểm lâm sàng, tuân thủ dùng thuốc và niềm tin của bệnh nhân cũng được thu thập. Kiểm định Khi bình phương, kiểm định t và mô hình hồi quy logistic đa biến trong phần mềm SPSS 27.0 được sử dụng để phân tích các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Có 355 người tham gia nghiên cứu, nữ chiếm 55,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức cao về bệnh tăng huyết áp chỉ chiếm 35,2%. Điểm trung bình kiến thức về tăng huyết áp là 13,8 (độ lệch chuẩn: 4,9), chỉ số này ở nhóm kiến thức cao (18,3; 1,2) lớn hơn nhóm có kiến thức thấp (11,3; 4,3) với $p < 0,001$. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức về tăng huyết áp và các yếu tố như trình độ học vấn, dân tộc, theo dõi huyết áp tại nhà, niềm tin của bệnh nhân về thuốc. **Kết luận:** Tỷ lệ kiến thức ở mức độ cao về bệnh tăng huyết áp của bệnh nhân tăng huyết áp tại một số Trạm Y tế ở tỉnh Thừa Thiên Huế còn thấp. Các yếu tố như trình độ học vấn, dân tộc, theo dõi huyết áp tại nhà, và niềm tin của bệnh nhân về thuốc có liên quan với kiến thức về bệnh tăng huyết áp của bệnh nhân. Cần có biện pháp can thiệp phối hợp bao gồm giáo dục bệnh nhân, tìm hiểu niềm tin về thuốc của bệnh nhân để cải thiện kết quả điều trị.

Từ khóa: kiến thức, tăng huyết áp, huyết áp, niềm tin về thuốc.

Surveying knowledge about hypertension and related factors among hypertensive patients at some medical stations in Thua Thien Hue province

Ho Anh Hien¹, Nguyen Minh Tam¹, Tran Kiem Hao², Tran Binh Thang³, Vo Nu Hong Duc³,
Hoang Thi Bach Yen³, Le Phuoc Hoang⁴, Nguyen Vu Phong⁵, Huynh Van Minh⁴, Hoang Anh Tien^{4*}

(1) Family Medicine Center, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) The Department of Health of Thua Thien Hue Province

(3) Department of Public Health, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(4) Department of Internal Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(5) Cardiovascular Center, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Abstract

Introduction: Understanding hypertension is essential for its effective treatment and management. This study aims to assess the knowledge level of hypertensive patients at commune health centers in Thua Thien Hue province and identify influencing factors of their knowledge of hypertension. **Methods:** A cross-sectional approach was employed in this study. Hypertension knowledge was assessed using the Hypertension Knowledge - Level Scale (HK-LS) by SB Erkoc, while demographic details, lifestyle, clinical characteristics, medication adherence, and patient's beliefs about medicine were also collected. The analysis involved the use of the Chi-square test, t-test, and multiple logistic regression model in SPSS 27.0 software to examine relevant factors. **Results:** A total of 355 participants took part in the study, with women constituting 55.5%. Only 35.2% of

Tác giả liên hệ: Hoàng Anh Tiến, Email: hatien@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 19/2/2024; Ngày đồng ý đăng: 10/6/2024; Ngày xuất bản: 25/6/2024

DOI: 10.34071/jmp.2024.3.5

patients demonstrated a high level of knowledge about hypertension. The mean knowledge score was 13.8 (standard deviation: SD = 4.9). This score was significantly higher in the high knowledge group (mean = 18.3, SD = 1.2) compared to the low knowledge group (mean = 11.3, SD = 4.3), with $p < 0.001$. Education level, ethnicity, monitoring of blood pressure at home, and patient beliefs about medicine were identified as significant factors associated with knowledge about hypertension. **Conclusions:** The study reveals a low proportion of hypertensive patients with a high level of knowledge at commune health centers in Thừa Thiên Huế province. Factors such as education level, ethnicity, home blood pressure monitoring, and patients' beliefs about medicine were significantly associated with knowledge about hypertension. Coordinated interventions, including patient education and addressing medication beliefs, are essential to enhance treatment outcomes.

Keywords: knowledge, hypertension, blood pressure, beliefs about medicine.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là yếu tố nguy cơ quan trọng và có thể phòng ngừa được đối với các bệnh tim mạch. THA làm tăng đáng kể nguy cơ mắc các bệnh tim mạch khác nhau như bệnh mạch vành, đột quỵ và suy tim. Dự báo đến năm 2030 có hơn 1,13 tỷ người trên toàn cầu bị bệnh THA, khiến THA trở thành mối vấn đề sức khỏe toàn cầu [1]. Các nghiên cứu và khuyến cáo của Hội tim mạch châu Âu, Hoa Kỳ, Hội THA Thế giới đã khẳng định mối liên hệ chặt chẽ giữa THA và các bệnh tim mạch [2-4]. Tại Việt Nam, tỷ lệ THA đã tăng từ 25,1% năm 2008 lên 33,8% năm 2019 [5, 6]. Bất chấp sự gia tăng này, việc kiểm soát bệnh THA vẫn ở mức thấp đáng lo ngại [6, 7], với tỷ lệ kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu ở bệnh nhân được điều trị năm 2019 là 48,8% [6]. Điều này nhấn mạnh nhu cầu cấp thiết về quản lý và kiểm soát THA hiệu quả.

Kiến thức về bệnh THA đóng vai trò quan trọng trong việc tuân thủ dùng thuốc vì nó giúp bệnh nhân đưa ra quyết định đúng về sức khỏe của mình. Hiểu được những rủi ro liên quan đến huyết áp cao không được kiểm soát, hiểu được lợi ích của các loại thuốc được kê đơn và nhận thức được các tác dụng phụ tiềm ẩn sẽ làm tăng đáng kể khả năng bệnh nhân tuân thủ phác đồ điều trị. Các nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân THA có mức độ hiểu biết cao hơn về tình trạng của họ cải thiện đáng kể sự tuân thủ với các loại thuốc được kê đơn, đồng thời có trị số huyết áp thấp hơn [8-10]. Ngoài ra, các biện pháp can thiệp được thiết kế để nâng cao hiểu biết của bệnh nhân về bệnh THA, đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc thúc đẩy tuân thủ dùng thuốc và giảm huyết áp [11,12].

Tuy nhiên, các nghiên cứu về kiến thức về bệnh THA của bệnh nhân THA ở các TYT tỉnh Thừa Thiên Huế trong thời gian qua còn hạn chế. Việc cung cấp thông tin đầy đủ cho nhân viên y tế, nhà quản lý y tế và nhà hoạch định chính sách về chủ đề này giúp triển khai các chương trình can thiệp, quản lý THA tốt hơn. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này

với hai mục tiêu chính: thứ nhất là đánh giá kiến thức về bệnh THA của bệnh nhân THA tại một số TYT tỉnh Thừa Thiên Huế và thứ hai là khảo sát các yếu tố nguy cơ liên quan ảnh hưởng đến kiến thức về bệnh THA của bệnh nhân.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang. Chúng tôi sử dụng số liệu thu thập được tại tỉnh Thừa Thiên Huế trong một nghiên cứu ở khu vực miền Trung Việt Nam. Chúng tôi chọn mẫu chủ đích với huyện A Lưới, thị xã Hương Thủy và Thành phố Huế đại diện cho ba vùng địa lý là thành thị, nông thôn và miền núi. Ở mỗi TYT, chúng tôi chọn từ 50 đến 70 người theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống, với các cá nhân được chọn cách nhau 5 người từ danh sách bệnh nhân THA. Tiêu chuẩn lựa chọn là những bệnh nhân THA nguyên phát trong độ tuổi từ 40 đến 75 [13], đã được điều trị tại TYT tối thiểu sáu tháng. Tiêu chí loại trừ được áp dụng để loại trừ những người bị THA thứ phát, phụ nữ mang thai, bệnh nhân có triệu chứng cấp tính hoặc những người bị suy giảm trí tuệ hoặc nhận thức.

2.2. Thu thập số liệu: Bệnh nhân được mời tới TYT vào buổi sáng cuối tuần để tiến hành thu thập thông tin bằng cách phỏng vấn trực tiếp với bộ câu hỏi bán cấu trúc. Thông tin bao gồm nhân khẩu học, yếu tố hành vi, kiến thức của bệnh nhân về bệnh THA, niềm tin và việc tuân thủ dùng thuốc. Sau đó bệnh nhân sẽ được đo trị số huyết áp và chiều cao, cân nặng. Để hạn chế sai số, chúng tôi đã tiến hành tập huấn kỹ cho đội ngũ sinh viên và cán bộ Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế tham gia thu thập số liệu, đồng thời dặn bệnh nhân nhịn ăn sáng, uống cà phê. Cuộc khảo sát được thực hiện từ tháng 3 đến tháng 4 năm 2023.

2.3. Biến số nghiên cứu

Kiến thức về bệnh THA: Để đánh giá kiến thức của bệnh nhân THA, chúng tôi đã sử dụng Thang đo mức độ kiến thức về THA (HK-LS) [14]. Tổng thang đo

có điểm tối đa là 22, với điểm số của các mục là 2 cho phần “định nghĩa”, 4 cho “điều trị”, 4 cho “tuân thủ dùng thuốc”, 5 cho “lối sống”, 2 tương ứng cho “chế độ ăn uống” và 5 cho phần “biến chứng”. Mười ba trong số 22 mục có các câu đúng (Mục 1, 2, 3, 5, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22). Mỗi câu trả lời đúng có 1 điểm, còn các câu sai hoặc không biết sẽ được 0 điểm. Điểm trung vị của thang đo trong nghiên cứu là 16, vì vậy chúng tôi sử dụng điểm cắt 16 để tách thành hai nhóm gồm nhóm có kiến thức thấp (từ 0 đến 16 điểm) và nhóm có kiến thức cao (từ 17 đến 22 điểm). Hệ số Cronbach’s alpha cho HK-LS là 0,83.

Tuân thủ điều trị: được đánh giá bằng thang điểm tuân thủ điều trị MARS-5 (Medication Adherence Report Scale-5) [15]. Trong nghiên cứu này, điểm từ 5 đến 23 là không tuân thủ, trong khi điểm từ 24 đến 25 được phân loại là tuân thủ. Đối với nghiên cứu này, hệ số Cronbach’s alpha cho MARS-5 là 0,87.

Dịch bộ câu hỏi HK-LS và MARS-5: Quá trình dịch thuật các câu hỏi MARS-5 và HK-LS tuân thủ hướng dẫn năm giai đoạn do Beaton thiết lập [16]. Hai giảng viên tiếng Anh và hai bác sĩ y khoa đã tiến hành dịch xuôi và dịch ngược các câu hỏi. Để đánh giá mức độ rõ ràng và dễ hiểu của bản dịch tiếng Việt, nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu với 30 bệnh nhân.

Niềm tin của bệnh nhân về thuốc: được đánh giá bằng bộ câu hỏi Niềm tin về Thuốc cho bệnh nhân THA BMQ (Beliefs About Medicines Questionnaire) phiên bản tiếng Việt của tác giả Nguyễn Thắng [17]. BMQ có 18 mục bao gồm BMQ-Specific, nhằm đánh giá sự cần thiết và sự quan tâm lo lắng bệnh nhân về thuốc được kê đơn, BMQ-General, đánh giá sự sử dụng quá mức và tác hại của thuốc. Hệ số Cronbach’s alpha cho BMQ-Specific (Sự cần thiết và mối bận tâm) lần lượt là 0,85 và 0,77; cho BMQ-General (Lạm dụng thuốc và Tác hại) lần lượt là 0,63 và 0,68.

Trình độ học vấn được chia thành ba cấp độ trong nghiên cứu này: (1) Mức độ thấp: Có trình độ học vấn tiểu học và dưới tiểu học; (2) Mức độ trung

binh: Có trình độ học vấn trung học cơ sở; và (3) Mức độ cao: Có trình độ trung học phổ thông trở lên.

Hút thuốc lá được xác định là những bệnh nhân đang hút thuốc lá hoặc đã bỏ hút thuốc dưới 12 tháng [18].

Tiêu thụ rượu quá mức được xác định là nam giới tiêu thụ hơn 14 đơn vị tiêu chuẩn mỗi tuần và phụ nữ tiêu thụ hơn 7 đơn vị tiêu chuẩn mỗi tuần. Một đơn vị tiêu chuẩn (10 gam cồn nguyên chất) tương đương với 3/4 chai hoặc một lon bia 330 ml (5%); 1 ly rượu vang 100 ml (13,5%); 1 ly bia hơi 330 ml hoặc 1 ly rượu mạnh 30 ml (40%) [18].

Ăn đủ trái cây và rau quả được đặc trưng bởi việc tiêu thụ tối thiểu năm khẩu phần mỗi ngày (tương đương 200 gram rau xanh và trái cây) [18].

Ít hoạt động thể lực khi hoạt động của bệnh nhân dưới 600 đơn vị chuyển hoá tương đương (Metabolic equivalents: METs) trong 1 tuần [18].

2.4. Thống kê và xử lý số liệu: Nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 27.0. Tiến hành phân tích thống kê mô tả cho biến định lượng bằng cách đo lường độ tập trung (trung bình) và độ phân tán (độ lệch chuẩn). Phân tích thống kê mô tả cho biến định tính thông qua tính tần số và tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các kiểm định thống kê nhằm kiểm tra sự liên quan giữa hai hay nhiều biến số bao gồm kiểm định Khi bình phương cho biến phân loại, kiểm định t cho biến liên tục phân phối chuẩn, kiểm định Mann-Whitney cho biến liên tục phân phối không chuẩn và mô hình hồi quy logistic đa biến, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này được cấp phép bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế theo biên bản số H2023/027 và được sự cho phép của Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế. Mục tiêu và quy trình của nghiên cứu đã được giải thích cho tất cả những người tham gia nghiên cứu và đã có được sự đồng ý bằng văn bản của bệnh nhân trước khi họ tham gia vào nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu theo kiến thức THA (n = 355)

Đặc điểm	Kiến thức THA			p
	Tổng n (%)	Kiến thức Thấp, n (%)	Kiến thức Cao, n (%)	
<i>Nhóm tuổi</i>				
40 - 59	111 (31,3)	74 (32,2)	37 (29,6)	0,61
≥ 60	244 (68,7)	156 (67,8)	88 (70,4)	

Giới tính					
	Nam	158 (44,5)	98 (42,6)	60 (48,0)	0,33
	Nữ	197 (55,5)	132 (57,4)	65 (52,0)	
Nơi cư trú					
	Thành thị	155 (43,7)	91 (39,6)	64 (51,2)	0,04
	Nông thôn	200 (56,3)	139 (60,4)	61 (48,8)	
Dân tộc					
	Kinh	309 (87,0)	190 (82,6)	119 (95,2)	0,001
	Thiểu số	46 (13,0)	40 (17,4)	6 (4,8)	
Trình độ học vấn					
	Tiểu học trở xuống	170 (47,9)	134 (58,3)	36 (28,8)	< 0,001
	THCS/THPT	96 (27,0)	57 (24,7)	39 (21,2)	
	Cao đẳng/Đại học	89 (25,1)	39 (17,0)	50 (40,0)	
Nghề nghiệp					
	Nông dân, công nhân	227 (63,9)	153 (66,5)	74 (59,2)	0,05
	Cán bộ nhà nước	12 (3,4)	4 (1,7)	8 (6,4)	
	Nội trợ/già/hưu trí	116 (32,7)	73 (31,8)	43 (34,4)	

Tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức cao về THA chỉ chiếm 1/3. Bệnh nhân THA là người dân tộc Kinh, ở thành thị và có trình độ học vấn cao thì có kiến thức về bệnh THA cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng theo mức độ kiến thức tăng huyết áp ($n = 355$)

Đặc điểm lâm sàng	Kiến thức THA			P
	Tổng n (%)	Kiến thức thấp, n (%)	Kiến thức cao, n (%)	
Tiền sử gia đình mắc tăng huyết áp				
Có	138 (38,9)	76 (33,0)	62 (49,6)	0,001
Không	187 (52,7)	127 (55,2)	60 (48,0)	
Không biết	30 (8,4)	27 (11,8)	3 (2,4)	
Số lượng thuốc hạ huyết áp				
1	331 (93,2)	212 (92,2)	119 (95,2)	0,54
2	19 (5,4)	14 (6,1)	5 (4,0)	
3	5 (1,4%)	4 (1,7%)	1 (0,8%)	
Theo dõi huyết áp tại nhà	106 (29,9)	56 (24,3)	50 (40,0)	0,002
Hút thuốc	98 (27,6)	64 (27,8)	34 (27,2)	0,90
Chế độ ăn mặn	91 (25,6)	54 (23,5)	37 (29,6)	0,21
Chế độ ăn lành mạnh	205 (57,7)	124 (53,9)	81 (64,8)	0,05
Uống rượu bia quá mức	9 (2,5)	8 (3,5)	1 (0,8)	0,13
Không hoạt động thể chất	132 (37,2)	92 (40,0)	40 (32,0)	0,14
Tuân thủ điều trị	138 (38,9)	78 (33,9)	60 (48,0)	0,009
Thời gian từ lúc chẩn đoán (năm) (Mean ± SD)	5,2 ± 4,8	4,7 ± 4,2	6,1 ± 5,5	0,02

Thời gian mắc càng dài thì bệnh nhân có kiến thức về bệnh THA càng cao hơn. Bệnh nhân có kiến thức bệnh THA cao thì có tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt hơn với $p < 0,05$.

Bảng 3. Trung bình và độ lệch chuẩn trong mỗi lĩnh vực kiến thức tăng huyết áp

Kiến thức THA theo HK-LS	Chung (M ± SD)	Kiến thức Thấp (M ± SD)	Kiến thức Cao (M ± SD)	p
Định nghĩa (0 - 2)	0,56 (0,8)	0,3 (0,6)	1,1 (0,9)	< 0,001
Điều trị (0 - 4)	2,2 (1,0)	1,8 (1,0)	2,9 (0,6)	< 0,001
Tuân thủ điều trị (0 - 4)	2,2 (1,3)	1,6 (1,1)	3,3 (0,8)	< 0,001
Lối sống (0 - 5)	3,8 (1,5)	3,4 (1,6)	4,7 (0,6)	< 0,001
Chế độ ăn (0 - 2)	1,2 (0,8)	0,9 (0,8)	1,7 (0,5)	< 0,001
Biến chứng (0 - 5)	3,8 (1,7)	3,2 (1,9)	4,8 (0,5)	< 0,001
Tổng (0 - 22)	13,8 (4,9)	11,3 (4,3)	18,3 (1,2)	< 0,001

Số điểm trung bình các câu trả lời đúng rất thấp 13,8 với độ lệch chuẩn 4,9. Trong các mục về kiến thức bệnh THA thì lối sống và biến chứng có số điểm khá cao, còn các mục còn lại số điểm trung bình khá thấp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm kiến thức cao và nhóm kiến thức thấp.

Bảng 4. Mối liên quan giữa niềm tin và sự tuân thủ với kiến thức THA

Niềm tin vào thuốc (BMQ)	Kiến thức THA			p
	Tổng (M ± SD)	Thấp (M ± SD)	Cao (M ± SD)	
BMQ-Specific (Cụ thể)				
Sự cần thiết (5 - 25)	18,0 (3,9)	17,4 (4,0)	19,0 (3,5)	< 0,001
Mối bận tâm (5 - 25)	14,9 (4,0)	15,4 (3,8)	14,0 (4,2)	0,003
BMQ-General (Chung)				
Lạm dụng thuốc (4 - 16)	11,4 (2,5)	11,6 (2,4)	10,9 (2,6)	0,014
Tác hại (4 - 16)	10,7 (2,8)	11,1 (2,7)	10,0 (2,9)	0,001

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa niềm tin về thuốc và kiến thức về bệnh THA. Bệnh nhân có kiến thức cao thì càng thấy sự cần thiết của việc sử dụng thuốc, và ít mối bận tâm hơn khi sử dụng thuốc.

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến kiến thức THA bằng mô hình hồi quy logistic đa biến

Yếu tố		Odd Ratio	95% Confidence Interval (CI)	p
Nơi cư trú (Thành thị và Nông thôn)		0,56	(0,32 - 0,98)	0,04
Dân tộc (Kinh và thiểu số)		4,76	(1,45 - 16,67)	0,01
Bảo hiểm y tế (Có và Không)		0,13	(0,01 - 1,16)	0,07
Theo dõi huyết áp tại nhà (Có và Không)		0,87	(0,37 - 2,06)	0,75
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	2,82	(1,47 - 5,42)	0,002
	THCS/THPT	5,93	(2,80 - 12,12)	< 0,001
	Cao đẳng/Đại học	2,82	(1,47 - 5,42)	0,002
Thời gian chẩn đoán		1,05	(0,99 - 1,11)	0,12
BMQ-Sự cần thiết		1,16	(1,07 - 1,25)	< 0,001
BMQ-Mối bận tâm		0,95	(0,88 - 1,03)	0,21
BMQ-Lạm dụng thuốc		1,03	(0,90 - 1,17)	0,68
BMQ-Tác hại		0,93	(0,83 - 1,04)	0,18

Áp dụng mô hình hồi quy logistic đa biến, chúng tôi nhận thấy nơi cư trú, dân tộc, trình độ học vấn và niềm tin vào việc sử dụng thuốc là những đặc điểm liên quan đến kiến thức về bệnh THA.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức về bệnh tăng huyết áp

Nghiên cứu khảo sát kiến thức về bệnh THA ở những người THA đang điều trị tại một số TYT thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế. Có 355 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, trong đó có 197 nữ (55,5%), người cao tuổi chiếm 68,7%, dân tộc Kinh chiếm 87,0%. Tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức cao về bệnh THA chỉ chiếm 35,2%. Bệnh nhân THA là người dân tộc Kinh, ở thành thị và có trình độ học vấn cao thì có kiến thức về bệnh cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số điểm trung bình các câu trả lời đúng rất thấp 13,8 với độ lệch chuẩn 4,9. Số điểm trung bình ở nhóm kiến thức cao là $18,3 \pm 1,2$ lớn hơn ở nhóm kiến thức thấp là $11,3 \pm 4,3$. Mục định nghĩa bệnh THA có mức điểm trung bình thấp nhất, tiếp theo là mục điều trị và tuân thủ điều trị đều có mức điểm trung bình là 2,2, cao nhất là mục lối sống và biến chứng có mức điểm trung bình là 3,8. Số điểm trung bình ở nhóm kiến thức cao, lớn hơn nhiều so với số điểm trung bình của nhóm kiến thức thấp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này gần giống với kết quả nghiên cứu của tác giả Beata và cộng sự thực hiện tại Ba-Lan năm 2016 với số điểm trung bình HK-LS ở nhóm kiến thức cao là $19,1 \pm 1,1$ so với nhóm kiến thức thấp là $13,7 \pm 3,7$ [8]. Tuy nhiên có mục điểm trung bình “định nghĩa” trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn nhiều trong nghiên cứu ở Ba Lan. Sự khác biệt này có thể là do sự thiếu hiểu biết của bệnh nhân về định nghĩa THA. Bệnh nhân thường chỉ chú ý đến chỉ số huyết áp tâm thu không nhận thức được rằng sự gia tăng huyết áp tâm trương cũng được chẩn đoán là THA. Trong nghiên cứu chúng tôi, nhiều bệnh nhân tin rằng chỉ dùng thuốc khi họ có triệu chứng là đủ; nếu thuốc kiểm soát hiệu quả chỉ số huyết áp thì không cần phải thay đổi lối sống hoặc đã thay đổi lối sống thì không cần thiết phải điều trị. Giải thích và giáo dục bệnh nhân thay đổi nhận thức là điều cần thiết trong thực hành lâm sàng để đảm bảo rằng bệnh nhân THA hiểu rõ về tình trạng bệnh của bản thân và phương pháp điều trị huyết áp hiệu quả hơn [11, 12].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức cao về bệnh THA chiếm chỉ 1/3. Tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu ở Ba Lan (36,9%) và cao hơn ở Iran (25,1%) [8,19]. Kết quả nghiên cứu mới đây ở một số nước cho thấy tình trạng chung về sự thiếu hiểu biết về bệnh THA ở nhiều quốc gia và khu vực trên thế giới [9, 10, 20]. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nâng cao kiến thức của bệnh nhân THA như một chiến lược lâu dài nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc cho bệnh nhân THA.

4.2. Các yếu tố liên quan đến kiến thức bệnh tăng huyết áp

Bệnh nhân người Kinh có kiến thức về THA cao hơn so với người dân tộc thiểu số. Hơn nữa, những bệnh nhân có trình độ học vấn cao hơn cho thấy mức độ hiểu biết về bệnh THA tăng cao đáng kể. Điều này có thể giải thích do những người có trình độ học vấn cao thì có khả năng tìm hiểu, trang bị những kỹ năng và kiến thức cần thiết để hiểu và quản lý sức khỏe của họ, đặc biệt là đối với các tình trạng như bệnh THA [11, 12]. Trong nghiên cứu chúng tôi, thời gian mắc bệnh càng dài thì bệnh nhân có hiểu rõ hơn về bệnh THA. Điều này cũng đúng với nghiên cứu trước đây tại Balan [10]. Bệnh nhân có theo dõi huyết áp tại nhà có tỷ lệ kiến thức cao lớn hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm không theo dõi huyết áp tại nhà ($p < 0,001$). Việc thực hành theo dõi huyết áp tại nhà khuyến khích các bệnh nhân tích cực tham gia vào hoạt động chăm sóc sức khỏe của mình, thúc đẩy họ tìm kiếm thông tin và thúc đẩy tương tác thường xuyên với nhân viên y tế. Những tương tác này góp phần nâng cao hiểu biết về THA và cách quản lý. Nhiều Hiệp hội tim mạch và THA đã khuyến nghị sử dụng máy theo dõi huyết áp tại nhà để tăng cường tuân thủ dùng thuốc và kiểm soát huyết áp tốt hơn [2-4]. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nâng cao nhận thức về lợi ích của việc theo dõi huyết áp tại nhà để quản lý THA hiệu quả [2-4, 13].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy những người tham gia trong nhóm kiến thức cao luôn đạt được điểm BMQ trung bình cao hơn đáng kể so với những người trong nhóm kiến thức thấp. Đáng chú ý, nhóm kiến thức cao có điểm BMQ-S “Cần thiết” trung bình cao hơn một chút so với nhóm kiến thức thấp. Kiến thức về THA là yếu tố ảnh hưởng đến niềm tin và hành vi của bệnh nhân. Khi bệnh nhân hiểu rõ về bệnh THA, bao gồm cả nguyên nhân và các biến chứng tiềm ẩn, họ sẽ được trang bị tốt hơn để hiểu được tầm quan trọng của việc kiểm soát huyết áp thông qua thuốc. Sự hiểu biết ngày càng cao này củng cố niềm tin của họ vào sự cần thiết phải tuân thủ các loại thuốc được kê đơn [21,22].

Ngược lại, những bệnh nhân có kiến thức về bệnh THA thấp hơn có thể có nhiều lo lắng hoặc thắc mắc hơn về thuốc của họ. Sự hiểu biết không đầy đủ có thể gây ra nghi ngờ và e ngại về các tác dụng phụ tiềm ẩn hoặc tác hại liên quan đến thuốc của họ, như được phản ánh trong mục BMQ-S (Mối bận tâm). Ngoài ra, những bệnh nhân có kiến thức về THA thấp hơn có thể bày tỏ mối lo ngại ngày càng tăng về việc lạm dụng thuốc, có thể do hiểu sai về mục đích của thuốc và sợ bị phụ thuộc. Nâng cao kiến thức về THA

có thể có tác động tích cực đến niềm tin của bệnh nhân, có khả năng dẫn đến cải thiện việc tuân thủ dùng thuốc và kiểm soát HA tốt hơn [21,22].

Điểm hạn chế và phương pháp khắc phục: Thang điểm đánh giá kiến thức về bệnh THA (HK-LS) và thang điểm đánh giá sự tuân thủ điều trị (MARS-5) chưa được đánh giá tính giá trị và độ tin cậy của thang điểm khi dịch sang tiếng Việt. Tuy nhiên, để hạn chế điều này, chúng tôi đã tiến hành quá trình dịch thuật chặt chẽ theo 5 bước của Beaton và tiến hành điều tra thử trên nhóm 30 bệnh nhân trước khi áp dụng.

5. KẾT LUẬN

Kiến thức mức độ cao về THA của bệnh nhân THA tại một số TYT tỉnh Thừa Thiên Huế còn thấp. Nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa kiến thức về THA và các yếu tố khác bao gồm trình độ học vấn, dân tộc, theo dõi huyết áp tại nhà, niềm tin của bệnh nhân và việc tuân thủ dùng thuốc. Kết quả này nhấn mạnh vai trò quan trọng của giáo dục tăng kiến thức về bệnh THA cho bệnh nhân. Ngoài ra, thúc đẩy theo dõi huyết áp tại nhà và thay đổi niềm tin của bệnh nhân về thuốc giúp nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân THA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. A global brief on hypertension : silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013. World Health Organization. 2013. <https://iris.who.int/handle/10665/79059>.
2. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens*. 2023 Dec 1;41(12):1874-2071.
3. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *J Hypertens*. 2020 Jun;38(6):982-1004
4. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019 Sep 10;140(11):e596-e646.
5. Meiqari L, Essink D, Wright P, et al. Prevalence of Hypertension in Vietnam: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Asia Pac J Public Health*. 2019 Mar;31(2):101-112.
6. Minh H Van, Poulter NR, Viet NL, Sinh CT, Hung PN, Ngoc NTM, et al. Blood pressure screening results from May Measurement Month 2019 in Vietnam. *Eur Heart J, Supplement*. 2021 May 1;23(Sb):B154-7.
7. Hien HA, Tam NM, Tam V, Derese A, Devroey D. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension and Its Risk Factors in (Central) Vietnam. *Int J Hypertens*. 2018;2018.
8. Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient Prefer Adherence*. 2016 Dec 7;10:2437-47.
9. Sudharsanan N, Ali MK, McConnell M. Hypertension knowledge and treatment initiation, adherence, and discontinuation among adults in Chennai, India: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2021;11:e040252.
10. Paczkowska A, Hoffmann K, Kus K, Kopciuch D, Zaprutko T, Ratajczak P, et al. Impact of patient knowledge on hypertension treatment adherence and efficacy: A single-centre study in Poland. *Int J Med Sci* 2021; 18(3):852-860.
11. Dwairej L, Ahmad M. Hypertension and mobile application for self-care, self-efficacy and related knowledge. *Health Educ Res*. 2022 May 24;37(3):199-212.
12. Wang J, Jiang Q, Gong D, Liu H, Zhou P, Zhang D, et al. Effectiveness of an integrative programme in reducing hypertension incidence among the population at risk for hypertension: A community-based randomized intervention study in Shanghai, China. *J Glob Health*. 2022 Dec 17;12:11013.
13. Van Minh H, Van Huy T, Long DPP, Tien HA. Highlights of the 2022 Vietnamese Society of Hypertension guidelines for the diagnosis and treatment of arterial hypertension: The collaboration of the Vietnamese Society of Hypertension (VSH) task force with the contribution of the Vietnam National Heart Association. *J Clin Hypertens*. 2022 Sep 1;24(9):1121-38.
14. Erkoc SB, Isikli B, Metintas S, Kalyoncu C. Hypertension knowledge-level scale (HK-LS): A study on development, validity and reliability. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(3):1018-29.
15. Chan AHY, Horne R, Hankins M, Chisari C. The Medication Adherence Report Scale: A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. *Br J Clin Pharmacol*. 2020 Jul 1;86(7):1281-8.
16. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*. 2000;25(24).
17. Nguyen T, Cao HTK, Quach DN, Le KK, Au SX, Pham ST, et al (2019) The Vietnamese Version of the Brief Illness Perception Questionnaire and the Beliefs about Medicines Questionnaire: Translation and Cross-cultural Adaptation. *Trop Med Int Health*. 24(12): 1465-1474.
18. World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. WHO STEPS surveillance manual : the WHO STEPwise approach to

chronic disease risk factor surveillance / Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization. World Health Organization. 2005 <https://iris.who.int/handle/10665/43376> .

19. Zinat Motlagh SF, Chaman R, Ghafari SR, Parisay Z, Golabi MR, Eslami AA, et al. Knowledge, treatment, control, and risk factors for hypertension among adults in Southern Iran. *Int J Hypertens*. 2015;2015.

20. Okello S, Muhiti A, Mohamed SF, Ameh S, Ochimana C, Oluwasanu AO, et al. Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control and predicted 10-year CVD risk: a cross-sectional study of seven communities in East and West Africa (SevenCEWA). *BMC Public Health*.

2020 Nov 13;20(1):1706..

21. Thomson P, Rushworth GF, Andreis F, Angus NJ, Mohan AR, Leslie SJ. Longitudinal study of the relationship between patients' medication adherence and quality of life outcomes and illness perceptions and beliefs about cardiac rehabilitation. *BMC Cardiovasc Disord*. 2020 Feb 11;20(1).

22. Świątoniowska-Lonc N, Polański J, Mazur G, Jankowska-Polańska B. Impact of Beliefs about Medicines on the Level of Intentional Non-Adherence to the Recommendations of Elderly Patients with Hypertension. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 10;18(6):2825.